



Formulario de inscripción

Usted puede usar este formulario para elegir o cambiar de plan de salud y PCP para cada persona anotada. O inscribese por internet, usando la aplicación para teléfono móvil (celular) o por teléfono.



0000332948HP

PATRICIA A. GARCÍA
1234 ANY MAIN ST
RALEIGH, NC 27603-1000

MUESTRA

Elija o cambie su plan de salud de una de estas maneras:

1. Vaya a ncmedicaidplans.gov.
2. Use la aplicación para teléfono móvil (celular) gratuita de NC Medicaid Managed Care.
3. Llámenos al **1-833-870-5500** (Número de TTY: 1-833-870-5588).
4. Llene este formulario y envíelo por correo a nuestras oficinas en el sobre incluido. O por fax al 1-833-898-9655.

Persona 1	Patricia A. García, 02/16/1985	Nº de identificación: 123-45-6789
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en el plan de salud que usted elija.		
Nombre y apellido del PCP		Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)		
¿Usted quiere este PCP para todas las personas anotadas en este formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
▶ Elija un plan de salud.		
<input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> HealthyBlue <input type="checkbox"/> Carolina Complete Health <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas		
Persona 2	Rodrigo M. García, 07/04/1988	Nº de identificación: 987-65-4321
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en el plan de salud que usted elija.		
Nombre y apellido del PCP		Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)		
▶ Elija un plan de salud.		
<input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> HealthyBlue <input type="checkbox"/> Carolina Complete Health <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas		
Persona 3		Nº de identificación:
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en el plan de salud que usted elija.		
Nombre y apellido del PCP		Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)		
▶ Elija un plan de salud.		

¿Alguna pregunta? Vaya a ncmedicaidplans.gov. O llámenos al **1-833-870-5500** (Número de TTY: 1-833-870-5588). La llamada es gratuita. Podemos hablar con usted en otros idiomas.

Para obtener esta información en otros idiomas o formatos, como letras grandes o audio, llame al **1-833-870-5500**.



Persona 4	Nº de identificación:
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en el plan de salud que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP	Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ Elija un plan de salud.	
Persona 5	Nº de identificación:
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en el plan de salud que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP	Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ Elija un plan de salud.	
Persona 6	Nº de identificación:
▶ Elija un proveedor personal (PCP). Asegúrese de que el PCP esté en el plan de salud que usted elija.	
Nombre y apellido del PCP	Nº de teléfono del PCP (opcional) ()
Dirección del PCP (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ Elija un plan de salud.	

Si un miembro de Medicaid no está anotado en este Formulario de inscripción:

- Llámenos al **1-833-870-5500** (Número de TTY: 1-833-870-5588) o,
- Escriba el nombre y número de identificación del miembro en este formulario. Luego elija el proveedor personal (PCP) y plan de salud del miembro.

Firme y escriba la fecha

▶ El jefe de la familia o tutor firma aquí	Fecha
▶ Representante autorizado Si usted es un representante autorizado para este hogar, llene esta sección y firme abajo.	
Nombre del representante autorizado	Nº de teléfono ()
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	
▶ El representante autorizado firma aquí	Fecha